

A MULHER MASTECTOMIZADA: ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

Maria João Camões

Mestre em Enfermagem de Reabilitação
Instituto Português de Oncologia do Porto
Mariajoao.camoes@gmail.com

Bárbara Gomes

Doutor em Ciências de Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem do Porto
bgomes@esenf.pt

Cândida Pinto

Doutor em Psicologia da Saúde
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Candidapinto@esenf.pt

RESUMO: O cancro da mama e os tratamentos que lhe estão associados afetam a condição de saúde física, psicológica e social da mulher, com compromisso do autocuidado. No âmbito do seu exercício profissional compete aos profissionais de enfermagem, e particularmente aos da área de enfermagem de reabilitação, a promoção do autocuidado no sentido de promover o bem-estar e qualidade de vida. Objetivos do trabalho: conhecer as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas à mulher submetida a mastectomia; identificar as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na sua implementação; analisar as sugestões dos enfermeiros de reabilitação relativamente às intervenções implementadas e refletir sobre o papel da enfermagem de reabilitação como meio de promoção da independência da mulher após cirurgia à mama por doença oncológica.

Realizou-se um estudo qualitativo, exploratório e descritivo com nove enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que prestam cuidados à mulher mastectomizada em contexto de internamento numa instituição especializada de oncologia do Porto. Os dados foram colhidos por meio de uma entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo descrita por Bardin e da qual emergiram quatro categorias: identificação das necessidades; fatores dificultadores no processo do autocuidado; intervenções promotoras do autocuidado e avaliação das intervenções.

Os enfermeiros implementam intervenções que visam potenciar a capacidade de adaptação, prevenir complicações cirúrgicas, maximizar a funcionalidade, capacitar a doente para que consiga manter, recuperar ou promover as capacidades funcionais e a prevenir complicações. Infere-se que neste processo os profissionais capacitam a mulher no domínio cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e comportamental contribuindo para a sua autonomia, independência e melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção do autocuidado; mulher mastectomizada; enfermagem de reabilitação.

ABSTRACT: *Breast cancer and the associated treatments affect the physic, psychological and social woman health condition, with the commitment of self-care. In the context of their professional exercise, belongs to nursing professionals, and particularly to the rehabilitation nursing area, the promotion of self-care, in order to promote the well-being and quality of life.*

Work objectives: to know the rehabilitation nursing interventions implemented to mastectomized woman; to identify the main difficulty found by nurses in its implementation; to analyse the suggestions made by the rehabilitation nurses concerning the implemented interventions and to reflect about the rehabilitation nursing role as a means to promote the woman independence after breast surgery for oncologic disease.

We performed a qualitative, exploratory and descriptive study with nine specialist nurses in rehabilitation nursing who provide care to women with mastectomies in hospitalization context in a specialized

institution in oncology in Oporto. Data were collected through a semi-structured interviews, submitted to content analysis as described by Bardin and from which emerged four categories: needs identification; hindering factors in the self-care process; interventions promoting self-care and interventions evaluation.

Nurses implement interventions to enhance the adaptive capacity, prevent surgical complications, maximize functionality, enabling the patient to be able to maintain, restore or promote the functional capabilities and prevent complications. It is inferred that with this process professionals empower women in the cognitive, physical, emotional or psychosocial and behavioral domain contributing to their autonomy, independence and quality of life.

KEYWORDS: *Promotion of self-care; mastectomized woman; rehabilitation nursing.*

I. Introdução

O cancro é um termo genérico que designa um conjunto de mais de cem doenças causadas pelo crescimento desordenado das células passível de ocorrer em qualquer parte do organismo humano. Em Portugal e para o género feminino, o cancro da mama é o que tem maior incidência correspondendo a uma taxa de 29,4% de todos os casos de doença oncológica que atingem as mulheres (GLOCOBAN, 2012).

A possibilidade de diagnosticar a doença em estadios precoces, o uso da técnica de pesquisa de gânglio sentinela e os progressos verificados nas diferentes modalidades terapêuticas resultam numa maior esperança de vida para as mulheres vítimas desta patologia. Estão preconizadas como modalidades terapêuticas para o seu tratamento a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e a terapia dirigida, implementadas de forma isolada ou em simultâneo.

As sobreviventes de cancro de mama poderão experimentar efeitos agudos e tardios da doença e dos seus tratamentos, entre os quais alteração da imagem corporal, da perceção da sexualidade e autestima; fadiga; dor crónica; diminuição da sensibilidade e da força muscular do membro homolateral; diminuição da amplitude de movimentos do membro; linfedema; osteoporose, imunossupressão ou cardiopatias (Petito e Guitierrez, 2008; Bregagnol e Dias, 2010; American Cancer Society, 2014).

Estas complicações, pela sua prevalência, gravidade ou duração podem comprometer a reabilitação física, psíquica e social das doentes e constituírem um obstáculo à realização independente do autocuidado, em particular na satisfação das atividades de vida diária e perda de autonomia, condicionando a qualidade de vida da doente e da sua família (International Council of Nurses, 2010).

Face às complicações decorrentes, a mulher tem que aprender a gerir as comorbilidades. Inerente a este processo está implícito a necessidade de se promover o autocuidado, no sentido de capacitar a mulher para autogestão da sua condição de cronicidade, sendo que o enfermeiro, em particular o enfermeiro de reabilitação, deve assumir particular relevância na maximização da independência no autocuidado.

Considerado parte integral da gestão das doenças crónicas e da preservação de um nível de funcionalidade, o autocuidado engloba a capacidade da pessoa cuidar de si própria e de desempenhar ações indispensáveis para recuperar a saúde física, psicossocial e a sua condição global. No caso do cancro da mama, pela vulnerabilidade subjacente, o autocuidado assume particular relevância devido às limitações decorrentes da doença e dos tratamentos.

Para tal é necessário que seja fornecida informação/apoio/aconselhamento por parte dos profissionais de saúde, sobre os compromissos inerentes ao processo de saúde/doença que as mulheres enfrentam. É através dos processos de informar/instruir/educar que se desenvolverão competências cognitivas e sociais para obter, processar e compreender a informação para que promovam e mantenham a boa saúde (Galvão e Janeiro, 2013).

É pela educação ou *empowerment* que é possível ajudar as doentes a adquirirem novas competências, atitudes e autoconhecimento necessários para que assumam a responsabilidade das decisões que tomam sobre a sua saúde. A educação capacita a pessoa com doença crónica a definir os seus problemas e necessidades e a entender como resolver esses problemas de acordo com os seus recursos ou recorrendo a apoios externos e subsequentemente desenvolver comportamentos saudáveis e promotores de bem-estar (Taddeo et al., 2012).

Neste âmbito, os cuidados às doentes mastectomizadas devem ser prestados conjugando “*técnica, ciência e humanização, tendo como objetivo capacitá-las para o autocuidado*” (Mendes et al., 2013).

Neste sentido e dada a relevância que os profissionais de enfermagem de reabilitação podem assumir na promoção do autocuidado das mulheres mastectomizadas, procurou-se perceber como é que os enfermeiros de reabilitação que prestam cuidados em contexto de internamento promovem o autocuidado da mulher submetida a mastectomia..

II. Metodologia

Norteados pela questão de investigação “que intervenções de enfermagem são implementadas pelos enfermeiros de reabilitação que são promotoras do autocuidado das mulheres submetidas a mastectomia?” desenvolvemos uma investigação assente numa abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Esta investigação foi norteadada pelos seguintes objetivos: conhecer as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas à mulher submetida a mastectomia; identificar as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na sua implementação; analisar as sugestões dos enfermeiros de reabilitação relativamente às intervenções implementadas e refletir sobre o papel da enfermagem de reabilitação como meio de promoção da independência da mulher após cirurgia à mama por doença oncológica.

A amostra intencional foi constituída por nove enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que prestam cuidados à mulher mastectomizada em contexto de internamento numa unidade especializada.

Procedeu-se à colheita de dados através de uma entrevista semiestruturada sendo o guião constituído por cinco perguntas fechadas que permitiram a caracterização da amostra e sete perguntas abertas elaboradas com o objetivo de se obter informação relacionada com a experiência e perspetiva dos entrevistados em relação à temática em estudo.

Efetuada presencialmente pela investigadora e de forma individual, as entrevistas ocorreram na Instituição onde se desenvolveu o estudo, em ambiente privado e de acordo com a disponibilidade e conveniência dos participantes. Com uma duração média de cerca de vinte minutos, as entrevistas foram gravadas em suporte magnético,

transcritas na íntegra imediatamente após a sua realização e posteriormente validadas pelo respetivo participante. A colheita de informação decorreu até se atingir a saturação de dados.

Todos os procedimentos éticos (autorização institucional, consentimento informado, confidencialidade e anonimato) foram cumpridos, conforme a Declaração de Helsínquia. Assim, e a fim de preservar a identidade dos participantes, foi utilizado, em substituição dos respetivos nomes, a letra “E” seguida de um número para identificar cada entrevista.

Procedeu-se à análise dos dados tendo por base a análise de conteúdo segundo Bardin (2013). Depois de empreendidas várias leituras flutuantes das entrevistas, foi constituído um *corpus* de análise único e feita uma leitura interpretativa das categorias e subcategorias que emergiram, as quais serão apresentadas e analisadas a seguir.

Da análise emergiram as seguintes categorias: identificação das necessidades; fatores dificultadores no processo do autocuidado; intervenções promotoras do autocuidado e avaliação das intervenções. As categorias foram estabelecidas *a posteriori* e de modo a dar resposta à questão de investigação e aos objetivos do estudo.

III. Apresentação e discussão dos resultados

Caraterização dos participantes

Os profissionais de enfermagem entrevistados apresentam uma média de quatro anos de serviço sendo sobreponível o mesmo horizonte temporal no que se reporta à prestação de cuidados de enfermagem à mulher mastectomizada. Quatro anos é também o tempo médio de formação na área especializada de enfermagem de reabilitação.

Tendo por base a categorização que emergiu, procederemos à sua apresentação e discussão.

Identificação das necessidades

A doença oncológica e os tratamentos adjuvantes são vivenciados como uma experiência perturbadora permeada pelo sofrimento físico e psicológico. Interferem negativamente com a imagem corporal, autoestima, com a capacidade funcional e por conseguinte com a capacidade de desempenhar as atividades de vida diária.

Para que seja possível planear e implementar intervenções promotoras do autocuidado é necessário que os profissionais procedam à identificação das necessidades das

doentes, pois só assim se conseguirá uma prática orientada para as suas necessidades efetivas numa abordagem que se pretende singular e holística. A identificação das necessidades é feita por anamnese e recorrendo a um instrumento básico da enfermagem que é a observação conforme referido pelos entrevistados:

“... ao fazer a colheita de dados...” (E5)

“Portanto pela observação da doente... o ver que ela tem dificuldades...” (E2; E4; E7; E9).

As afirmações dos participantes demonstram que para obtenção da informação necessária para o estabelecimento do(s) diagnóstico(s) de enfermagem e planeamento dos cuidados de enfermagem os profissionais recorrem a dois métodos que sendo distintos são também complementares. Estes devem ter subjacente uma interação pelo que o processo de comunicação pode ser facilitador ou dificultador dessa relação. A comunicação terapêutica, instrumento básico do cuidar, complementa a identificação das necessidades, otimiza a assistência de enfermagem e beneficia a doente (Pontes, Leitão e Ramos, 2008) como ilustram os seguintes discursos:

“...às vezes é sentar um bocadinho... e o fundamental é deixá-las falar” (E6) *“...estando e acompanhando a doente.”* (E7).

Na opinião dos inquiridos a proximidade, os diálogos e as conversas que estabelecem com as doentes auxiliam na identificação das necessidades uma vez que aqueles constituem momentos privilegiados para as doentes expressarem os seus problemas. Este processo, que se enquadra no âmbito da comunicação terapêutica, permite o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico que por sua vez pode favorecer o desenvolvimento da capacidade para o autocuidado e um interesse participativo do doente no seu processo de saúde e doença que passa a ser independente e responsável pela sua recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Um dos elementos importante face ao bem-estar e ao autocuidado é, entre outros, a identificação o mais precoce possível dos potenciais ou reais problemas da cliente e relativamente aos quais o enfermeiro de reabilitação tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Da narrativa dos participantes sobressai que o contexto da identificação das necessidades processa-se em diferen-

tes ocasiões, nomeadamente no momento da admissão e durante o internamento. A avaliação inicial das necessidades é feita aquando do acolhimento da doente ao serviço, conforme mencionado pelos participantes:

“Em qualquer doente admitido no serviço... a primeira avaliação é feita logo nesse momento...” (E1; E2; E3; E4).

Por sua vez os dados colhidos posteriormente permitem identificar problemas adicionais que poderão surgir como resultado da hospitalização, do processo de doença ou das modalidades terapêuticas (Iyer, Taptich e Bernocchi, 1993) assim como, por comparação com os dados colhidos inicialmente os profissionais podem alterar, acrescentar ou dar termo às intervenções previamente planeadas. Tal é evidenciado nos seguintes excertos:

“...sempre que estou com a doente... a avaliação é feita de forma contínua...” (E4; E5; E6; E7).

A doente, os familiares e os profissionais de saúde (pela informação transmitida oralmente ou de forma escrita) sobressaem como sendo as fontes partir dos quais os profissionais obtêm as informações necessárias:

“... é pela informação que a doente dá das dificuldades que apresenta.” (E1; E3; E8)

“... com os familiares que a acompanham é que faço essa avaliação.” (E1; E5)

“A informação disponibilizada no diário clínico pelo médico ou pelos médicos...” (E1; E5).

Fatores dificultadores no processo do autocuidado

Os cuidados de enfermagem de reabilitação têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades. Neste processo de cuidar devem ser identificados os fatores facilitadores e inibidores para a realização do autocuidado de forma independente no contexto de vida da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Qualquer doença crónica caracteriza-se por períodos de remissão ou exacerbação das suas manifestações clínicas e períodos com evolução para graus variáveis de incapacidade ou mesmo para a morte (Marques e Pierin, 2008).

Assim, também no caso de doença oncológica, quanto mais avançado for o estadió da doença, maiores são as perdas físicas e psicológicas e os riscos de comorbilidades, havendo um declínio gradual e irreversível da capacidade funcional. Neste prosseguimento, as dificuldades para enfrentar a doença e as suas complicações vão-se intensificando.

A progressão da doença emerge das palavras dos inquiridos como um fator obstaculizador:

“As que têm dificuldades, por norma são doentes já em estado avançado da doença com metastização óssea, com muita degradação do estado geral... subsequente à evolução da própria doença.” (E6).

Depois da intervenção cirúrgica, as mulheres poderão apresentar vários tipos de dor ou desconforto, incluindo dor neuropática, dor fantasma ou dor local (Nascimento et al., 2012). A dor na região mamária ou membro superior é, segundo o mesmo autor, uma das queixas mais frequentes no pós-operatório, podendo estar presente durante a realização das atividades de vida diária ou dos exercícios, mas também em repouso. Por este motivo influencia negativamente o bem-estar físico e psicológico e a capacidade de desempenho de atividades como o vestir e despir, pentear-se, a higiene ou as atividades de vida doméstica, como referem os participantes:

“...a dificuldade tem a ver com a dor que ela sente ao mexer o braço...” (E4).

Da lesão do nervo intercostobraquial que pode ocorrer durante a intervenção cirúrgica podem surgir, para além da dor, outras complicações como escápula alada, parestesias, sensação de queimadura, alterações posturais e diminuição da amplitude de movimentos do ombro. A impossibilidade de realizar os movimentos de flexão e abdução da articulação glenoumeral na sua amplitude máxima dificulta a realização das atividades de vida diária e a recuperação da independência no autocuidado (Góis et al., 2012), como expressaram os inquiridos:

“A nível físico, as principais limitações prendem-se com o movimento do braço homolateral à cirurgia, devido à amplitude de movimentos do ombro.” (E1).

As repercussões da mastectomia não se limitam à parte física. O cancro da mama, porque tem inerente uma parte do corpo associada à feminilidade, interfere com a

perceção da sexualidade, imagem corporal e autoestima de uma forma muito mais significativa do que qualquer outra neoplasia (Salimena et al., 2012), impondo à mulher dificuldades na aceitação do próprio corpo após a cirurgia. Alguns autores referem que a mastectomia está fortemente associada a sentimentos de mutilação e uma alteração profunda da imagem corporal e da qual pode resultar fragilidade, constrangimento e isolamento social, impondo à mulher limitações que ela terá de enfrentar em situações que implicam a exposição corporal e na adaptação social para a realização das suas atividades (Queiroz et al., 2013). A alteração da imagem corporal emerge como um obstáculo à promoção do autocuidado:

“É a mais a nível psicológico, o choque da doença, o choque da mutilação, a alteração da imagem...” (E2; E6).

Na sequência da mastectomia a mulher, terá que passar a ter certos cuidados com o membro ipsilateral de modo a prevenir o aparecimento de complicações secundárias aos tratamentos e a manter, melhorar ou recuperar as capacidades funcionais. Por conseguinte, ter conhecimento sobre a doença, a cirurgia ou tratamentos complementares e as suas possíveis consequências é indispensável para potenciar a capacidade de adaptação física, emocional e social da doente e uma maior participação no autocuidado e na reabilitação, pois reduz a ansiedade e o medo face ao diagnóstico (Caetano, Panobianco e Gradin, 2012). Do discurso dos participantes foi possível inferir que o desconhecimento sobre a doença constitui um fator dificultador, demonstrado na seguinte afirmação:

“... a mulher não sabe que limitações é que vai ter a nível físico, pois esta é um área que não é muito explorada no contexto pré-operatório e as mulheres encontram-se no internamento com a necessidade de serem confrontadas com... as limitações pós cirúrgicas” (E1).

Importa realçar que a falta de informação das utentes pode estar associada a uma formação profissional deficiente, evidenciado nos seguintes excertos:

“Eu acho que maior parte não sabe... quando é que um membro pode afastar mais ou menos do corpo ou quais os limites... que ângulos é que pode fazer...” (E3).

Ainda no âmbito da formação profissional, os participantes consideram que o facto de não desempenharem funções em conformidade com as suas competências for-

mativas dificulta a implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação, como expressa um dos participantes:

“A instituição não aproveita os recursos que tem... falta essa pessoa com os conhecimentos exatos e com o tempo para dizer naquele momento a senhora tem que fazer isto, isto e isto e depois ir dando esses conhecimentos gradualmente. Falta isso porque a instituição não tem enfermeiro de reabilitação, se os serviços tivessem enfermeiro de reabilitação... esse problema era colmatado.” (E3).

Por outro lado, a exigência de cuidados dos doentes oncológicos e a necessidade de dar resposta a um plano de trabalho como enfermeiro de cuidados gerais em tempo útil e o reduzido número de profissionais especializados em enfermagem de reabilitação que, pelo seu nível elevado de conhecimentos e competências, poderiam complementar a orientação das doentes refletindo uma assistência de qualidade direcionada para a promoção do autocuidado são aspetos evidenciados nos seguintes discursos:

“...há muito trabalho, este serviço é muito exigente... com a carga de trabalho que temos, para conseguir dar resposta ao plano de trabalho é difícil, é inconcebível... ou então não dou resposta.” (E3)

“O enfermeiro especialista pode fazer a diferença com vários doentes, a mulher mastectomizada é só um exemplo...” (E2).

Intervenções promotoras do autocuidado

Quando na sequência de uma doença ou acidente a pessoa deixa de ser capaz de satisfazer os requisitos de autocuidado, passando de agente de autocuidados à posição de agente dependente de autocuidados, a intervenção do enfermeiro faz-se necessária. De acordo com a avaliação do défice de autocuidados, o profissional adequa a sua intervenção no sentido de minimizar os seus efeitos (Orem, 2001 cit. por Petronilho, 2012).

Os resultados que emergem das narrativas dos inquiridos refletem um conjunto de intervenções autónomas, uma vez que são implementadas por sua única e exclusiva responsabilidade e de acordo com as suas qualificações universais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As implicações físicas e psicológicas do cancro da mama ditam a necessidade que a mulher tem de receber

apoio emocional visando uma melhor compreensão, interação, adaptação e aceitação da sua condição de ser mastectomizada. Dar apoio psicológico, abrangendo os aspetos físicos emocionais e sociais que esta situação envolve, possibilita que haja uma resposta adaptativa mais eficaz à condição de ser mastectomizada (Alves et al., 2011; Mineo et al., 2013), como referido pelos participantes:

“... apoio inicial, será mais a nível psicológico pela ausência da mama, como irá compensar essa falta a nível funcional e a nível estético.” (E6).

O linfedema surge como uma das complicações mais frequentes e com mais repercussões a nível funcional após a mastectomia. De acordo com a literatura, uma das intervenções mais importantes no pós-operatório imediato é o posicionamento adequado do membro de modo a prevenir a estase linfática e venosa e o desenvolvimento do linfedema (Bergamann et al., 2006). Neste âmbito, posicionar e orientar sobre o posicionamento do membro emerge como intervenção autónoma, como exemplifica a seguinte expressão:

“... o primeiro cuidado está no posicionamento do membro...” (E4).

Paralelamente a mobilização articular desde os primeiros dias após a cirurgia também favorece a eliminação de líquidos tecidulares, as aderências cicatriciais, limita a atrofia muscular e permite a recuperação da capacidade funcional e a independência nos autocuidados além de propiciar maior bemestar (Jammal et al., 2008; Sant’Anna et al., 2010). Mobilizar e orientar sobre a mobilização do membro emerge do discurso dos entrevistados:

“a mobilização passiva e depois ativa...” (E2).

Apesar da cirurgia mamária ser considerada como cirurgia limpa, o risco de infeção da ferida cirúrgica ainda é considerável. Acresce ainda que a diminuição dos mecanismos de defesa, a presença dos drenos ou a realização prévia de tratamentos (quimioterapia ou radioterapia) potenciam esse risco. Além disso, tanto a excisão mamária como a ganglionar favorecem a acumulação sanguínea e linfática local, pelo que são colocados drenos aspirativos. Portanto, vigiar a quantidade e características do líquido drenado para o sistema de drenagem, o local de inserção dos drenos e o aparecimento de complicações como hemorragia, seroma ou necrose, a par da educação da doente em relação a algu-

mas práticas higienodietéticas, é onde se firma a prevenção primária do linfedema (Vieiros et al., 2007), como podemos constatar no seguinte discurso:

“...também a vigilância de sinais vitais, e a vigilância das drenagens, a vigilância da pele à volta da ferida operatória...” (E2).

O autocuidado sustenta muita das intervenções de enfermagem, nomeadamente as ações de educação dirigidas ao doente e aos familiares, de modo a que assumam a responsabilidade pelas suas necessidades (Novais et al., 2012). Informar a doente tem por objetivo transmitir informação sobre a sua condição de saúde e os tratamentos necessários e capacitar a pessoa para o autocuidado (Galvão e Janeiro, 2013), como mencionam os participantes:

“... é importante explicar, dizer-lhe as complicações, as limitações com que podem ficar se não tiverem os cuidados com o membro...” (E4; E5; E7).

Das narrativas dos participantes foi possível verificar que, no processo de informar, os participantes recorrem a um conjunto de intervenções relacionadas, como seja ensinar, fornecer um folheto informativo, atender às necessidades das doentes, demonstrar e incentivar. Embora a doença seja vivenciada de forma individual, o envolvimento de pessoas significativas aumenta as possibilidades de proporcionar apoio e tranquilidade nessa vivência (Salimena et al., 2012). Os cônjuges e os membros da família são as principais fontes de apoio para estas mulheres, representando um requisito fundamental para o desenvolvimento de respostas adaptativas ao desequilíbrio provocado quer pelo diagnóstico da doença oncológica quer pela mastectomia (Caetano et al., 2012), sendo também um estímulo à adoção e manutenção de hábitos de autocuidado por parte das mulheres (Romeiro et al., 2012).

Para tal é necessário que os familiares sejam incluídos nas orientações fornecidas, o que permite capacitar a doente e a família para o autocuidado e a reabilitação e como fonte de apoio (Leite e Faro, 2005), conforme referido pelos participantes:

“... quando a família está presente nós vamos... promover a ajuda dos familiares...” (E2).

A administração de analgésicos resultante da prescrição médica constitui uma ferramenta indispensável para

prevenir ou tratar os sintomas algícos que poderão interferir no restabelecimento fisiofuncional da doente, promovendo a sua adesão ao programa de reabilitação e inerente capacitação para o autocuidado (Gutiérrez et al., 2007; Rett et al., 2012), como evidenciado pelos participantes:

“Administrar analgésicos para que não tenham dor quando fazem os exercícios...” (E4).

Os discursos dos entrevistados permitiram evidenciar duas fases distintas no que diz respeito à implementação das intervenções supracitadas. Foram identificados o período pré-operatório e pós-operatório, sendo as intervenções concretizadas de forma distinta e fundamentadas nas necessidades identificadas e/ou na circunstância de cuidados em que a doente se encontra, como mostram os seguintes relatos:

“À doente que ainda vai ser submetida a cirurgia, é feito ensino sobre os cuidados que deve ter no período pré-operatório, sendo também feita uma pequena abordagem sobre os cuidados que deve ter no pós-operatório...” (E1)

“Os cuidados, temos logo que a doente vem do bloco...” (E4).

Avaliação das intervenções

O exercício profissional impõe necessariamente a condição de avaliação, isto é determinar o quanto os objetivos previamente traçados foram alcançados, estando o seu foco nas mudanças comportamentais e do estado de saúde do cliente (Iyer et al., 1993).

A observação, meio pelo qual é possível obter informação, é considerada um instrumento de avaliação e validação dos resultados obtidos, ou seja, possibilita determinar a eficácia da assistência de enfermagem na medida em que permite atentar para o desempenho do doente (Brasil, 1997), tal como expressam os inquiridos:

“... é mais pela observação da realização das atividades pelas mulheres...” (E2; E3).

Como atrás se referiu, o cancro da mama é potenciador de ansiedade e stresse, o que de alguma forma pode obstaculizar a capacidade da utente para aprender a informação, o que condiciona a avaliação das intervenções de enfermagem orientadas para o ensinar, instruir, informar. Assim, nesse processo de monitorização dessas intervenções, há

que avaliar a gestão eficaz ou a adaptação demonstrada (International Council of Nurses, 2005), tendo em conta indicadores expressos pelas utentes:

“Costumo pedir às doentes para dizer o que sabem ou o que já lhes foi dito sobre os cuidados que deve ter com o braço, por exemplo...” (E5).

Relativamente às competências instrumentais que são tidas em conta na avaliação da capacidade da doente para o autocuidado, os inquiridos fizeram referência ao auto-exame, aos posicionamentos, aos exercícios de mobilização articular e aos cuidados a ter com o membro superior homolateral para prevenir complicações. Portanto, quando as doentes demonstram a aquisição de conhecimento e desempenham estas atividades de autocuidado sem necessitarem de ajuda ou orientação, os enfermeiros consideram que as doentes são independentes nestas vertentes do autocuidado.

IV. Conclusão

Atendendo a que a mulher com cancro da mama passa por um processo de doença que se estende por um longo período de tempo, ao qual acrescem as inúmeras implicações a nível físico, psicológico e social, com compromisso do autocuidado, é imprescindível que os enfermeiros, em particular os da área da enfermagem de reabilitação, direcionem a sua intervenção para promoção da independência e autonomia da mulher.

Ainda que este estudo apresente limitações inerentes a um estudo de cariz transversal, foi possível verificar que os enfermeiros de reabilitação concebem e implementam intervenções no âmbito da promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação. Ao potenciar a sua capacidade de adaptação, ao prevenir complicações secundárias à cirurgia, ao maximizar a funcionalidade, ao promover o desenvolvimento de competências para que se consiga manter, melhorar ou recuperar as capacidades funcionais e prevenir complicações e potenciais incapacidades, a sua intervenção reflete-se na independência da pessoa para cuidar de si mesma e também em ganhos em saúde para a mulher mastectomizada.

Com este estudo podemos afirmar que o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental na promoção do autocuidado da mulher mastectomizada, pois os seus

conhecimentos e competências especializadas permitem-lhe uma assistência que se estende para além do processo de cura, uma vez que, de forma precoce, abrangente e holística intervém na recuperação da mulher, ajudando-a alcançar o seu potencial máximo de adaptação.

Neste sentido, e numa dinâmica construtiva do conhecimento, sugerimos que sejam desenvolvidos novos estudos que contribuam para a melhoria contínua da qualidade de cuidados à mulher mastectomizada, nomeadamente uma investigação sobre ganhos em saúde decorrentes das práticas de enfermagem desenvolvidas por enfermeiros de reabilitação no acompanhamento das mulheres mastectomizadas.

Referências bibliográficas

1. ALVES, P.C. et al. (2011) - Cuidados de Enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (4): 732-7.
2. BARDIN, Laurence (2013). *Análise de Conteúdo* (5.ª ed). Lisboa: Edições 70.
3. BRASIL, V.V. (1997) - O que dizem os enfermeiros sobre observação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5 (3): 83-94.
4. BREGAGNOL, R.K., DIAS, A.S. (2010) - Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56 (1): 2-33.
5. BERGMANN, A. et al. (2006) - Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital de Câncer III/INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52 (1): 97-109.
6. CAETANO, E.A.; PANOBIANCO M.S., GRADIM C.V.C. (2012) - Análise da produção científica nacional sobre a produção sobre a utilização de grupos de apoio na reabilitação de mastectomizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, oct/dec, 14 (4): 965-73.
7. GALVÃO, M.T.; JANEIRO, J.M. (2013) - O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 17 (1): 225-30.
8. GOIS, M.C. et al. (2012) - Amplitude de movimentos e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar. *Revista de Ciências Médicas*, 21 (1-6): 111-8.
9. GUTIÉRREZ, M.G.R. et al. (2007) - Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3): 249-54.
10. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2010). - *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica*. Suíça.
11. IYER, PP. W.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. (1993) - Processo de Diagnóstico em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas.
12. JAMMAL, M.P. et al. (2008) - Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. *Revista "O Mundo da Saúde"*, 32 (4): 506-10.
13. LEITE, V.B.E. FARO, A.C.M. (2005) - O Cuidar do Enfermeiro Especialista em Reabilitação Físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (1): 92-6.
14. MARQUES, P.C., PIERIN, A.G. (2008) - Fatores que influenciam a adesão de pacientes com câncer à terapia antineoplásica oral. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (2): 232-9.
15. MENDES, A.B.P. et al. (2012) - A assistência da enfermeira na visão de mulheres mastectomizadas. *Enfermaria Global. Revista eletrônica trimestral de Enfermaria*, n.º 26, Abril, p.427-37.
16. MINEO, F.L.V. et al. (2013) - Assistência de Enfermagem no tratamento do câncer de mama. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 4 (2): 366-88.
17. NASCIMENTO, S.L. et al. (2012) - Complicações e condutas fisioterapêuticas após a cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. *Fisioterapia e Pesquisa*, 19 (3): 248-55.

18. NOVAIS, E. et al. (2009) - O saber da pessoa com doença crônica no autocuidado. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), 29 (1): 36-44.
19. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Outubro: Ordem dos Enfermeiros.
20. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Outubro: Ordem dos Enfermeiros.
21. PETITO, E.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. (2008) - Elaboração e Validação de um Programa de Exercícios para Mulheres submetidas à Cirurgia Oncológica de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia, 54 (3): 275-87.
22. PETRONILHO, F. (2012). Autocuidado: Conceito central da Enfermagem. (1.ª ed.) Coimbra: Formasau.
23. PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A; RAMOS, I.C. (2008) - Comunicação Terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, 61 (3): 312-8.
24. QUEIROZ, D.S., SOUSA, L.R. (2013) - A Influência da Mastectomia nos Sentimentos da Mulher e nas Relações Familiares: Uma revisão da Literatura. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, jul-dez (2): 179-88.
25. RETT, M.T. et al. (2012) - A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. Revista Dor, 13 (3): 201-7.
26. ROMEIRO, F.B. et al. (2012) - O Apoio Social das Mulheres com Câncer de Mama. Revista Psicologia e Saúde, 4 (1): 27-38.
27. SALIMENA, A.M.O. et al. (2012) - Mulheres Enfrentando o Câncer de Mama. REME – Revista Mineira de Enfermagem, 16 (3): 339-47.
28. SANT'ANNA et al. (2010) - Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer da mama: revisão da literatura. Ciência e Enfermagem XVI (1), 97-104.
29. TADDEO, P.S. et al. (2012) - Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciência & Saúde Coletiva, 17 (11): 2923-30.
30. VEIROS, I. et al. (2007) - Complicações da mastectomia: Linfedema do Membro Superior. Acta Médica Portuguesa, 20: 335-40.